

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Esame richiesto: \_\_\_\_\_

Motivo dell'esame: \_\_\_\_\_

Data e ora dell'esame: \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE ANAMNESTICA (da compilare dal Medico inviante)**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Gravidanza in atto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anamnesi positiva per allergie generiche, asma, dermatite allergica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pregresse reazioni a farmaci o sostanze varie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pregresse reazioni a M.D.C. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ipertensione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabete _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epilessia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tireotossicosi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Malattie infettive contagiose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mieloma multiplo/ Paraproteinemia di Waldenstrom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insufficienza renale/ Insufficienza epatica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insufficienza cardiovascolare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Farmaci (in particolare biguanidi, beta-bloccanti, Interleukina 2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ESAMI PRELIMINARI (da effettuarsi entro i 90 giorni antecedenti l'esame): Creatinina - GFR**

Data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico Curante \_\_\_\_\_

**PREPARAZIONE NECESSARIA : IMPORTANTE PER IL PAZIENTE**

- Presentarsi a digiuno da almeno 6 ore
- **PORTARE SEMPRE ESAMI PRECEDENTI (RX, TAC, RMN, ECO) INERENTI ALL'ESAME DA EFFETTUARE**

- Il pagamento dell'esame o del relativo ticket verrà effettuato al momento dell'accettazione il giorno dell'esame
- Informare, cortesemente, il Servizio di Radiologia (tel. 0373/81786) in caso di impedimento ad effettuare l'esame.

**CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO A SCOPO DIAGNOSTICO**

▪ **CHE COS'E'**

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le struttura anatomiche.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischi di danni al feto.

▪ **A COSA SERVE**

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

▪ **COME SI EFFETTUA**

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio.

▪ **COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE dopo la somministrazione di mdc.**

Una **funzionalità renale compromessa** è il principale limite all'uso del **mezzo di contrasto organo- iodato**.

Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa **puo' essere richiesto** un valore della **creatininemia recente**. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

- **MINORI** come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.
- **MEDIE O SEVERE** come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore (sempre presente in struttura). In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia, in questo caso è comunque consigliabile rivolgersi al medico di base o al pronto soccorso.

I trattamenti farmacologici o chemioterapici possono, in alcuni casi, esaltare gli effetti collaterali sopra descritti.

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al Medico Radiologo, nel caso ci fossero ulteriori dubbi il paziente può richiedere altro tempo per riflettere e può tranquillamente sospendere o rimandare l'esame.**

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPIUTERIZZATA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO**

**Dichiarante :**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

**Informato/a dal Medico Radiologo** \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Computerizzata con mdc.

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto.**

**Valutate** le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, ho compreso quanto sopra sinteticamente riportato.

**Informato/a** della possibilità di sospendere o rinviare l'esecuzione dell'esame se permangono perplessità:

- ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA**  **RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA**
- DICHIARO DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del genitore o tutore (in caso di minore) \_\_\_\_\_

Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(In ottemperanza alla Circolare Ministeriale 900VI/11 AG/642 del 17.9.1997 ed alla giustificazione della prestazione ai sensi del D. Lgs del 26.5.2000 n.187).

NB: i dati personali raccolti per l'effettuazione delle indagini sono utilizzati solo per le finalità connesse all'accertamento stesso (ART 13 GDPR 679/2016).